федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

 высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра ………………………………………….**

**Отчет**

**о прохождении практики ординатора**

 **по специальности** (шифр) **«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка за практику | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. |

Оренбург 20\_\_\_г.

**I. СВОДНЫЙ ОТЧЕТ**

**О ВЫПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Медицинские организации и их подразделения | Дата прохождения (длительность в неделях) | Ответственный работник базы (Ф.И.О., должность) | Выполнение |
| 1. |  |  |  |  |
| 1.1 |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 2.1 |  |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |  |
| 3. и т.д. |  |  |  |  |

**II. ОБЪЕМ ОСВОЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код компетенции | Профессиональные умения | Освоение профессиональных умений |
| Должное количество  | Выполненное количество  |
| Вид профессиональной деятельности:  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Вид профессиональной деятельности:  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ординатор  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. |

**III. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРДИНАТОРА**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель практики | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. |

М.П.